

Tabla (Continuación)

Características principales de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica que respondieron al cuestionario MEDAS-14

<i>Tiempo de evolución de la CI</i>	
0-2 años	40 (36)
3-5 años	40 (36)
6-12 años	20 (18)
12 o más años	10 (9)
<i>Visitado en el hospital en los últimos 12 meses</i>	
Cardiólogo	53 (48)
Enfermera de cardiología	8 (7)
Urgencias de cardiología	11 (10)
Ingreso en cardiología	9 (8)
<i>Tratados con fármacos cardioprotectores</i>	
Estatinas	104 (95)
IECA o ARA-II	78 (71)
Bloqueadores beta	80 (73)
Antiagregantes	105 (95)
<i>MEDAS-14, puntuación</i>	
< 9 puntos	41 (37)
≥ 9 puntos	69 (63)

ARA-II: antagonista del receptor de la angiotensina II; CI: cardiopatía isquémica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; MEDAS-14: cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea de 14 ítems; SCA: síndrome coronario agudo.

* Algunos pacientes presentaban angina y SCA.

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.

haber influido en los resultados. Para mejorar la adherencia, habrá que considerar incidir en cada uno de los componentes de la DMed, adaptando el consejo a las circunstancias de cada paciente.

Respecto a las recomendaciones establecidas, destaca la aportación del estudio PREDIMED, que señala al consumo suplementario de aceite de oliva extra virgen y frutos secos, junto con el incremento en la adherencia a la DMed, como elementos clave de la eficacia superior de la DMed sobre una dieta baja en grasas.

La posibilidad de que nuevos estudios puedan reforzar los resultados que publicaron de Lørgen et al.³ hace prever que la DMed se reafirmará nítidamente como una intervención que hay que incluir en el tratamiento no farmacológico de la prevención de la enfermedad cardiovascular.⁶

Los datos del presente estudio muestran que los pacientes con CI tienen mayoritariamente (63%) una adherencia aceptable a la

DMed. La aplicación del cuestionario MEDAS-14 permite identificar los aspectos que mejorar y brinda la oportunidad de dirigir y adaptar la intervención dietética.

Agradecimientos

A Pere Roura Poch, bioestadístico de la Unitat de Suport a la Recerca de la Gerència Territorial de la Catalunya Central, por su colaboración y sus comentarios.

Joan Tobias Ferrer^{a,*}, Immaculada Santasusana Riera^b, Mireia Cuadrench Solórzano^a, Miquel Gonzalez Cabré^a, Montserrat Girbau Tapias^b y Cristina Sant Masoliver^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria, Equipo de Atención Primaria Plaça Catalunya, Centro de Atención Primaria Bages (CAP Bages), Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Manresa, Barcelona, España

^bEnfermería, Equipo de Atención Primaria Plaça Catalunya, Centro de Atención Primaria Bages (CAP Bages), Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Manresa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jtobiasf.cc.ics@gencat.cat (J. Tobias Ferrer).

On-line el 4 de diciembre de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279-90.
2. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*. 2011;141:1140-5.
3. De Lørgen M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999;99:779-85.
4. Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Li TY, Fung TT, Li S, Willett WC, et al. The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2014;99:172-80.
5. Muñoz M, Guallar P, Graciani A, López E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012;142:1843-50.
6. Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:771-4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2014.07.024>

Impacto teórico en la enfermedad coronaria de usar un sistema informatizado de ayuda en la prescripción del tratamiento hipolipemiente



Theoretical Impact on Coronary Disease of Using a Computerized Clinical Decision Support System in the Prescription of Lipid-lowering Treatment

Sra. Editora:

El colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) es un potente factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, especialmente de enfermedad coronaria¹. No obstante, los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que alcanzan los objetivos lipídicos en nuestro medio es ampliamente mejorable^{1,2}. Recientemente

nuestro grupo ha publicado los resultados del primer estudio de validación clínica europea de un sistema de soporte informático en la toma de decisiones clínicas (CDSS, por sus siglas en inglés *Clinical decision support system*) específico para el tratamiento hipolipemiente (HTE-DLP)³. El estudio muestra que, cuando los expertos en riesgo vascular usan el sistema HTE-DLP, el número de pacientes de alto riesgo vascular que alcanzan los objetivos lipídicos de cLDL < 70 mg/dl aumenta 4,4 veces³. El objetivo del presente trabajo es valorar mediante metodología CASSANDRA-REGICOR⁴ el impacto teórico en la frecuencia de enfermedad coronaria de usar HTE-DLP en toda España.

El sistema CASSANDRA-REGICOR permite estimar el número de eventos coronarios mortales y no mortales que ocurrirán en población española en los próximos 10 años en diferentes escenarios según las tendencias en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Utiliza datos de incidencia de enfermedad

HTEdislipemia - Búsqueda de Tratamientos Hipolipemiantes

Datos del Paciente Encuesta **Tratamientos Encontrados** Especialidades para tratamiento con Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.

1. Nivel inicial C-LDL

Indicar nivel de C-LDL obtenido en analítica (mg/dl):

Bajo tratamiento con estatinas (estimar C-LDL inicial)

2. Objetivo terapéutico (nivel C-LDL)

Usar asistente ... o seleccionar un perfil de riesgo:

Riesgo muy alto ?

(ECV documentada ó DM con LOD ó FGR < 60 ml/min/1,73m2, ó SCORE > 10%)

5. Buscar tratamientos

Mostrar los 5 mejores tratamientos viables y efectivos

Buscar Limpiar Imprimir Unidades

Encontrados 2 tratamientos - Se muestran 2

3. Datos Complementarios

Paciente varón

C-HDL (mg/dl):

Activar Estadística

Otras situaciones:

Insuficiencia Renal (FGR < 30)

Insuficiencia Hepática (Child = B)

4. Tratamientos concomitantes

Acenocumarol

Acido Fusídico

Acido acetil-salicílico

Aliskiren

Amiodarona

Amlodipino

Antirretrovirales: Telaprevir

Antirretrovirales: Abacavir

Antirretrovirales: Amprenavir

Antirretrovirales: Atazanavir

Antirretrovirales: Boceprevir

Antirretrovirales: Darunavir

Antirretrovirales: Delavirdina

Antirretrovirales: Didanosina

Antirretrovirales: Efavirenz

Antirretrovirales: Elvitegravir

Antirretrovirales: Emtricitabina

Antirretrovirales: Estavudina

Antirretrovirales: Etravirina

Antirretrovirales: Fosamprenavir

Antirretrovirales: Indinavir

ATENCIÓN:

Por favor, indique el tratamiento hipolipemiante actual del paciente para calcular el nivel C-LDL original. Si pulsa en cancelar está señalando que el paciente toma tratamiento hipolipemiante pero que desconoce cual es. En este caso se aplicará un 30% de incremento sobre el valor actual de C-LDL:

NOTA: Recuerde que existe una variabilidad individual en la respuesta a la acción de las estatinas. En pacientes hipo-respondedores bajo tratamiento con estatinas puede suceder que a pesar de no estar en objetivos el programa ofrezca como primera opción el tratamiento que está tomando en la actualidad. En estos casos elija la 2ª opción ofrecida.

Atorvastatina 10 mg.

Atorvastatina 10 mg. + Ezetimiba 10 mg.

Atorvastatina 20 mg.

Atorvastatina 20 mg. + Ezetimiba 10 mg.

Atorvastatina 40 mg.

Atorvastatina 40 mg. + Ezetimiba 10 mg.

Atorvastatina 80 mg.

Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.

Fluvastatina 20 mg.

Fluvastatina 20 mg. + Ezetimiba 10 mg.

Aceptar Cancelar

HTEdislipemia - Búsqueda de Tratamientos Hipolipemiantes

Datos del Paciente Encuesta Consultar (desde Internet) ficha de la AEMPS para ATORVASTATINA NORMON EFG 80 mg. Consultar (desde Internet) ficha de la AEMPS para EZETROL 10 mg.

Opciones para el tratamiento con Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.

(C-LDL esperado: 38 - 65) (C-HDL esperado: N.D.) (C-LDL/C-HDL esperado: N.D.) (Disminución RCV esperada: 65%)

(Son aplicables las advertencias 01,02,03,04,05,06, además de las generales)

Orden	Especialidad(es) Farmacéutica(s)	P.V.P.	Diferencia PVP Mínimo
1	ATORVASTATINA NORMON EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
2	ATORVASTATINA PENZA EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
3	ATORVASTATINA PENZA EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
4	ATORVASTATINA PHARMACIA EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
5	ATORVASTATINA PHARMACIA EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
6	ATORVASTATINA QUALIGEN EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
7	ATORVASTATINA QUALIGEN EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
8	ATORVASTATINA RATIO EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
9	ATORVASTATINA RATIO EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
10	ATORVASTATINA RATIOPHARM EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
11	ATORVASTATINA RATIOPHARM EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
12	ATORVASTATINA SANDOZ EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
13	ATORVASTATINA SANDOZ EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
14	ATORVASTATINA STADA GENERICOS EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
15	ATORVASTATINA STADA GENERICOS EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
16	ATORVASTATINA TARBIS EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €

Mensajes y Advertencias

- Precauciones a seguir para la prevención de la miopatía en la terapia de combinación con estatinas y fibratos: verificar función renal y tiroidea previo al inicio, administrar las estatinas 12 horas separadas de los fibratos, evitar otros fármacos con posibles interacciones, usar dosis bajas: medias de estatina al inicio, usar preferentemente fenofibrato o bezafibrato (el uso de gemfibrozilo está contraindicado), instruir al paciente sobre los síntomas de miopatía y controlar los niveles de creatinina si síntomas musculares
- Recuerde que el riesgo de miopatía con el uso de tratamiento hipolipemiante está aumentado en pacientes: mayores de 70 años, con insuficiencia renal, hipotiroidismo no controlado, antecedentes personales o familiares de trastornos musculares hereditarios, historia previa de toxicidad muscular con una estatina o fibrato, alcoholismo, enfermedad multisistémica, toma concomitante de otros fármacos (fibratos, sobre todo gemfibrozilo, ciclosporina, antifúngicos, azoles, itraconazol, ketoconazol, macrólidos, eritromicina, claritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH, nefazodona, amiodarona), pacientes polimedicados y períodos perioperatorios
- Una vez el paciente se encuentre en objetivos lipídicos valorar realizar un control lipídico cada 6 meses si es de alto riesgo vascular, a los 6-12 meses si es de riesgo intermedio (recalculando el riesgo en cada ocasión) y bianualmente en los de bajo riesgo

ADVERTENCIAS PROPIAS DE [Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.]:

(Leyenda: advertencia grave - advertencia moderada - advertencia leve - advertencia informativa)

- (01) - Si la propuesta de tratamiento es atorvastatina (80 mg) se recomienda iniciar tratamiento con 40 mg. Realizar un control analítico a las 6 semanas y reevaluar el tratamiento. Si el descenso de C-LDL necesario para alcanzar objetivos es superior al 6% (equivalente a doblar dosis) posiblemente se trate de un paciente hipo-respondedor a estatinas. En los pacientes hipo-respondedores se recomienda elegir una opción de tratamiento hipolipemiante que incluya terapia de combinación (estatina+ezetimibe)
- (02) - El uso concomitante de atorvastatina y cantidades importantes de alguna de las siguientes sustancias (cimicifuga racemosa, hierba de San Juan (hipérico), pectina, salvado de avena) puede dar lugar a interacciones farmacológicas mayores o graves.
- (03) - El uso de terapia combinada (estatina y ezetimibe o ácido nicotínico) aumenta el riesgo de miopatía
- (04) - Los efectos adversos más frecuentes de la atorvastatina son: dolor abdominal, estreñimiento, flato, indigestión, aumento moderado de enzimas hepáticas y dolor de cabeza
- (05) - Los efectos adversos más frecuentes de la ezetimibe son: diarrea, artralgias, mialgias, nasofaringitis, sinusitis e infecciones del tracto respiratorio superior
- (06) - Si no se alcanzan objetivos terapéuticos con estatinas en combinación con ezetimibe se puede valorar terapia triple (añadiendo secuestradores de ácidos biliares o ácido nicotínico / laropiprant)(recomendación IIb, nivel de evidencia C).

Figura. Ejemplo de la interfaz del sistema informatizado de ayuda en la toma de decisiones del tratamiento hipolipemiante (HTE-DLP).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012948>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012948>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)